Aus der Königlichen Psychiatrischen und Nervenklinik
der Universität Kiel.

Ein Beitrag zur Casuistik der Chorea chronica progressiva.

(Huntingtonsche, degenerative Chorea).

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde

der medizinischen Fakultät

der Königl. Christian-Albrechts-Universität zu Kiel

vorgelegt von

Gerhard Mammen

aus Westerbur (Ostfriesland).

Kiel 1910.

Druck von H. Fiencke.

Aus der Königlichen Psychiatrischen und Nervenklinik
der Universität Kiel.

Ein Beitrag zur Casuistik der Chorea chronica progressiva.

(Huntingtonsche, degenerative Chorea).

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde

der medizinischen Fakultät

der Königl. Christian-Albrechts-Universität zu Kiel

vorgelegt von

Gerhard Mammen

aus Westerbur (Ostfriesland).

Kiel 1910.

Druck von H. Fiencke.

No. 23.

Rektoratsjahr 1909/10.

Referent: Dr. **Siemerling**.

Zum Druck genehmigt

Dr. **Siemerling**,
z. Z. Dekan.

Meinen lieben Eltern

aus Dankbarkeit gewidmet.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40153718_0248

Seitdem der englische Arzt George Huntington im Jahre 1872 zum ersten Male eine genaue Beschreibung des Krankheitsbildes der chronischen progressiven Chorea gegeben hat, sind zahlreiche Veröffentlichungen vorgekommener Fälle erschienen. Jedoch bis heute ist das Wesen dieser Krankheit noch nicht völlig klar, wenigstens in Bezug auf Ätiologie und Symptomatologie. Nur soviel steht fest, daß sie eine Krankheit sui generis ist, daß ihr eine selbständige Stellung gebührt.

Es würde zu weit führen, einen erschöpfenden Rückblick auf die Geschichte der Chorea zu geben und nicht in den Rahmen dieser Arbeit hineinpassen. Nur in Kürze werde ich das Hauptsächlichste erwähnen.

Unter den Namen »Veitstanz« begegnen wir der Chorea schon im XIV. Jahrhundert. Mit diesem Namen bezeichnete man damals eigentümliche, epidemisch in ganz Deutschland und den benachbarten Ländern auftretende, auf psychischer Überreizung und Hysterie beruhende Zustände der »Tanzwut«, von denen man durch eine Wallfahrt nach den dem heiligen Veit geweihten Orten geheilt zu werden hoffte. Insofern diese Tanzwut, dieser sonderbare krankhafte Bewegungsdrang wohl meist ein Ausfluß nervöser Überreiztheit infolge der Schrecken und Wirrnisse war, die der damals wütende schwarze Tod verbreitete, so läßt sich eine Heilung solcher Kranken, denen eine derartige Wallfahrt Erholung und Genesung brachte, sehr gut erklären aus der psychischen Beeinflussung, welche eine solche in festem Glauben an baldige Heilung unternommene Wallfahrt ausübte. Im

Laufe der Zeit trat die Krankheit seltener auf, ihr Begriff wurde unklar, und allmählich wurde ihr Name ein Sammelbegriff für alle möglichen Krankheitsbilder; Hysterie, Paralysis agitans, Epilepsie und viele andere Krankheiten, die höchstens sonderbare körperliche Bewegungen miteinander gemein haben, wurden unter die Bezeichnung Veitstanz eingereiht. Auch die später von dem englischen Arzte Sydenham als »Chorea minor« zusammengefaßten Krankheitssymptome rechnete man zu dieser »Tanzwut«.

Diese »Chorea minor s. infectiosa« ist nach Sydenhams Definition vorzugsweise eine Erkrankung des jugendlichen und Kindesalters. Ihre wesentlichsten Erscheinungen bestehen in unwillkürlichen, zuckenden Bewegungen und leichter Gemütsverstimmung, Heredität spielt keine Rolle.

So hatte Sydenham dieses Krankheitsbild zwar von den andern vorhin genannten Krankheitszuständen getrennt und es in seinen Hauptsymptomen definiert, doch faßte man nach wie vorher alle möglichen Krankheiten, die sich durch auffallende Bewegungen des Körpers auszeichneten, unter dem Namen »Veitstanz« zusammen, und es kam zu keiner Klarheit in dem Krankheitsbilde. Besonders war dies in Deutschland der Fall. In England freilich hatte sich Sydenhams Ansicht anfangs Anhänger gewonnen, und man bemühte sich mit dem Namen »Veitstanz« nur die von Sydenham charakterisierten Krankheitssymptome zu bezeichnen, doch bald vermischte man auch hier wieder alle möglichen Krankheitsformen.

In den folgenden Jahrzehnten wurden wiederholt Versuche gemacht, diese Verwirrung zu beseitigen. So wollte z. B. Wicke im Jahre 1844 den deutschen Veitstanz als »großen« oder »Germanorum« unterschieden wissen von dem englischen, den als »eine in unwillkürlichen Muskelbewegungen bestehende Krankheit« bezeichnete.

Später wollte Gittermann den Namen »großer Veitstanz« vollständig streichen und nur die von Sydenham charakterisierten Krankheitsformen allgemein als »Veitstanz« benannt wissen.

Auch Ziemssen wollte im Jahre 1877 den Namen »Chorea magna« streichen; der als »großer Veitstanz« beschriebene Symptomenkomplex sei keine Krankheit, der eine selbständige Stellung gebühre, sondern nur ein Ausfluß echter Psychosen und Cerebralleiden einerseits, andererseits der Hysterie und Simulation.

Viel erreicht hat Ziemssen jedoch nicht, denn auch weiterhin faßte man die Chorea nicht als einheitliches Krankheitsbild auf, sondern vermischte die Fälle der symptomatischen mit denen der chronischen, progressiven Chorea, zwei Krankheitsbilder, die ätiologisch und klinisch scharf zu trennen sind, und die nur die eigentümlichen Bewegungen gemeinsam haben.

Die »Chorea minor« ist eine meistens akut auftretende Krankheit, welche hauptsächlich das jugendliche und Kindesalter und zwar besonders das weibliche Geschlecht befällt. Ätiologisch werden oft geistige Überanstrengungen, ein Schreck, Gemütsbewegungen aller Art, Schwangerschaft, Verletzungen u. s. w. genannt; meistens läßt sich jedoch ein Zusammenhang mit einer vorausgegangenen Infektion, z. B. Gelenkrheumatismus oder akute Endokarditis nachweisen. Körperlich äußert sich die Krankheit in unwillkürlichen durch Affekte oder Willensintention meist gesteigerten, in Form und Richtung zwecklosen Bewegungen. Fast bei allen Choreakranken bestehen mehr oder wenig deutlich ausgeprägte psychische Veränderungen; meistens findet man eine erhöhte Reizbarkeit; bei geistigen Anstrengungen sind die Kranken leichter erschöpfbar. Dabei besteht eine deutliche Abnahme der geistigen Leistungsfähigkeit. Auch ausgesprochene psychische Störungen sind nicht selten: man findet Depressionszustände, Zustände halluzinatorischer oder deliranter Verwirrtheit; auch paranoische Zustandsbilder kommen vor. — Die Krankheitsdauer der Chorea minor beträgt zwei Monate bis ein Jahr; die Prognose ist gut, meistens erfolgt Heilung, doch kommen häufig Recidive vor.

Von dieser gutartigen Chorea minor s. infectiosa ist scharf zu trennen die »chronische progressive Chorea«. Diese

Form der Chorea tritt häufig familiär auf. Es können aber auch sporadische Fälle vorkommen. Das, was sie charakterisiert, ist das Auftreten im mittleren Lebensalter, das Fehlen einer sicheren infektiosen Ätiologie, der fortschreitende Verlauf (Wollenberg, Fackla m), der allmählich zu einer völligen Verblödung führt. Die Ursachen der chronischen Chorea liegen in erblicher Belastung, in Gemütsbewegungen, körperlichen Überanstrengungen, chronischem Alkoholismus und Erkältungen. Auch klimatische und lokale Einflüsse sollen eine Rolle spielen, so berichtet Cramer, daß die in Göttingen beobachteten Fälle fast sämtlich aus dem Eichsfelde stammen. Allerdings ist die gesamte Ätiologie noch recht unklar. — Die chronische Chorea beginnt gewöhnlich in den oberen Extremitäten und greift sodann auf das Gesicht, den Rumpf und die unteren Extremitäten über. Die Bewegungsstörung besteht wie bei der Chorea minor in langsam ablaufenden Zuckungen in einzelnen Muskeln und Muskelgruppen. Wird eine Bewegung intendiert, so kann sie durch die choreatische Bewegungsstörung eine eigentümliche Weitschweifigkeit und Umständlichkeit erhalten. Auch der Gang erhält etwas sehr Eigentümliches. Die Gesichts- und Sprachmuskulatur ist ebenfalls beteiligt. Die Sprache wird schwer verständlich, weil Schluck und Schnalzlaute eingeschoben werden und die Artikulation und Intonation überhaupt unterbrochen wird. Jede psychische Erregung steigert die Intensität der choreatischen Bewegungsstörung. — Selten bleibt die geistige Leistungsfähigkeit während der Chorea chronica intakt. Auch in den günstigsten Fällen klagen die Kranken über Abnahme des Gedächtnisses und leichte Ermüdbarkeit bei geistiger Inanspruchnahme. In typischen Fällen verläuft der Prozeß so, daß die Krankheit zwischen dem 20. und 40. Lebensjahre, selten später, einsetzt. Gleichzeitig mit dem Auftreten der choreatischen Bewegungsstörung werden die Kranken teilnahmloser, stumpfer und interesseloser; das Gedächtnis nimmt ab, sie werden menschenscheu, kümmern sich auffallend wenig um die Angehörigen und die Familie und werden allmählich unvermögend, ihrem täglichen Berufe

nachzugehen. Im weiteren Verlauf der Krankheit werden die Unglücklichen immer stumpfer und apathischer. Die Krankheitsdauer erstreckt sich über 10—20 Jahre; gegen das Ende sind die Kranken völlig verblödet. Irgendwelche körperliche klinische Zeichen, Veränderungen an den Pupillen, Lähmungserscheinungen u. s. w. fehlen meist völlig.

Es ist das Verdienst Huntingtons, im Jahre 1872 zum ersten Male eine einigermaßen genau präcisierte Beschreibung dieses zuletzt genannten Krankheitsbildes, der chronischen progressiven Chorea, gegeben zu haben. Nach ihm spricht man deshalb jetzt von der »Huntington'schen Chorea.«

Schon Huntingtons Großvater und Vater hatten Beobachtungen über die chronische Chorea gesammelt. Diese, sowie einige selbst gesehene Fälle, legte George Huntington seiner Beschreibung der chronischen progressiven Chorea zu Grunde. Zunächst hatte er viele Neider. So wollten schon Waters, German und Lyon (1863) diese Art Krankheit beschrieben haben. Auch Sanders, See und Vassitch hatten schon eine große Anzahl solcher Fälle beobachtet, die jedoch zum Teil zweifellos auf Unkenntnis beruhten; doch geschmälert wird hierdurch das Verdienst Huntingtons in keiner Weise.

Eine Abschrift der Originalarbeit Huntingtons, die lange Jahre hindurch verloren gegangen war, ist im Archiv f. Psychiatrie, Bd. 44, in deutscher Sprache veröffentlicht. Der Hauptinhalt ist kurz folgender:

»Die Krankheit ist erblich. Es gibt ganze Choreafamilien, in denen sich das Leiden von Generation zu Generation fortpflanzt. Sobald aber eine Generation übersprungen ist, pflanzt sich das Leiden nicht, wie es andere erbliche Krankheiten tun, auf die dritte Generation fort. Die Krankheit steigert sich zu den höchsten Graden, führt im Laufe der Zeit meist zu schweren Geistesstörungen und schließlich zum Tode. Beide Geschlechter werden gleichmäßig befallen. Das Leiden beginnt meist zwischen dem 30.—40. Lebensjahre.«

Fast zwölf Jahre war diese Arbeit die einzige Veröffentlichung über diese Krankheitsform der Chorea, bis Ewald im Jahre 1884 zwei neue Fälle Huntingtonscher Chorea veröffentlichte. In der dann folgenden Zeit wurden immer mehr Fälle von anderen Ärzten berichtet. Natürlich standen die Ansichten der neueren Forscher oft im Gegensatz zu einander und es mußte entsprechend der wachsenden Zahl der Beobachtungen die Lehre von der Huntingtonschen Chorea mancherlei Umwandlungen erfahren. Wenn auch die Selbständigkeit der Krankheit fast allgemein anerkannt wurde, so suchte man doch die anderen Ansichten Huntingtons in mancherlei Weise zu berichtigen und zu ergänzen. Während Huntington unbedingt die Erblichkeit der progressiven Chorea verlangte, wollte besonders Hoffmann diesen Begriff ganz streichen. Huntington hatte nämlich mit dem Ausdruck »erblich« nur die direkte gleichartige, d. h. die Chorea-Chorea-Vererbung gemeint. Durch spätere Forschungen und Veröffentlichungen jedoch wurde es offenbar, daß diese Ansicht nicht ganz der Wirklichkeit entsprach. Hoffmann, Charkot, Jolly, Greppin u. a. gelang es nämlich, in der Ascendenz und Descendenz Choreakranker auch andere Erkrankungen des Nervensystems, z. B. Epilepsie, Hysterie, Psychosen, auch Alkoholismus nachzuweisen. Auch wollte Hoffmann behaupten, daß freilich das mittlere Lebensalter das größte Kontingent für die progressive Chorea stelle, daß aber, im Gegensatz zu Huntingtons Ansicht, auch die Jugend und das Alter nicht verschont bliebe. Charkot, Jolly u. a. gingen sogar noch weiter; sie wollten die progressive Chorea nur als chronische Form der Chorea minor aufgefaßt wissen, Heredität spiele keine Rolle dabei.

Heute jedoch steht es wohl unumstößlich fest, daß der chronischen progressiven Chorea eine Sonderstellung gebührt. Auf keinen Fall kann sie wenigstens mit der Chorea minor zusammengeworfen werden. Infektionen kommen bei ihr ätiologisch nicht in Betracht. Als sehr wichtiges Moment kommt wohl hereditäre Belastung in Frage. Als auslösendes Moment müssen oft Verletzungen und Traumen aller Art

angesehen werden. So berichtete Westphal im Jahre 1904 in der Münchener medizinischen Wochenschrift über einen Fall von Huntingtonscher Chorea, bei dem trotz genauester Nachforschung keine erbliche Belastung nachgewiesen werden konnte; es handelte sich um einen 41 jährigen Mann, der sich durch Sturz von einem hohen Gerüst Kontusionen am Kopf und Kreuzbein zugezogen hatte. Im Anschluß an diesen Unfall entwickelte sich bei dem Patienten eine regelrechte progressive chronische Chorea. — Müller berichtete im Jahre 1903 in der deutschen Zeitschrift für Nervenheilkunde über einen 47 jährigen Kranken, bei dem die Chorea durch Sturz von einem Baum hervorgerufen sein sollte. Auch Oppenheim, Hoffmann, Grimm u. a. berichten über ähnliche Fälle, bei denen irgend ein Trauma die Hauptrolle spielt.

Bevor ich nun an die Beschreibung eines neuen, kürzlich in der psychiatrischen und Nerven-Klinik in Kiel beobachteten Falles der progressiven chronischen Chorea herantrete, möchte ich noch mit einigen Worten etwas genauer auf die Symptomatologie und vor allem auf die bis jetzt bekannt gewordene pathologische Anatomie dieser Erkrankung eingehen.

Wie bei der Chorea minor kann man auch bei der Huntingtonschen Chorea körperliche und geistige Symptome unterscheiden. Die körperlichen Symptome, jene eigentümlichen, unwillkürlichen, unkoordinierten, weitschweifigen und umständlichen choreatischen Bewegungen beginnen gewöhnlich, wie schon vorhin erwähnt, in den oberen Extremitäten oder der Gesichtsmuskulatur. Anfangs selten auftretende Zuckungen in den Fingern oder Armen, plötzlich ungewollt auftretendes Stirnrunzeln, sonderbares Grimmassieren der Gesichtsmuskulatur werden gewöhnlich zuerst beobachtet. Bald werden auch die Zunge, Sprach-, Kau-, Schluck- und Atemmuskulatur in Mitleidenschaft gezogen. Die Sprache wird trotz aller Bemühungen der Patienten immer unverständlicher; oft sind es nur noch tierische Laute, die ein solcher Kranker mit größter Mühe, unter sonderbarsten Mund- und Gesichtsverzerrungen, auf die um-

ständlichste Weise hervorzustoßen vermag. Meist etwas später treten diese charakteristischen unwillkürlichen Zuckungen auch in den unteren Extremitäten auf. Der Gang wird stampfend und schwankend, infolge der plötzlich einsetzenden Ab- und Adduktionsbewegungen der Beine stolpern die Kranken oft und gehen wie Betrunkene. Diese ungewollten Zuckungen pflegen im Schlaf an Intensität zu verlieren, sogar meistens ganz nachzulassen; dagegen führen Gemütsbewegungen jeder Art, z. B. eine klinische Vorstellung oder der Besuch eines Arztes u. s. w., gewöhnlich zu einer heftigen Steigerung derselben. Oft lernen es die Kranken, solange sie noch etwas Intelligenz besitzen, für kürzere Zeit die Zuckungen einigermaßen zu unterdrücken; man staunt oft, namentlich wenn man die Kranken essen sieht, wie sie trotz vieler umständlicher nicht dazugehörender Bewegungen und Schwankungen doch schließlich für einen Augenblick sich zur Ruhe zwingen und den Suppenlöffel in den Mund bringen, ohne etwas zu verschütten. Die Reflexe sind bei dieser chronischen Chorea meist gesteigert, die grobe Kraft und die mechanische und elektrische Erregbarkeit der Muskulatur pflegt normal zu sein. Störungen der Blasen- und Mastdarmfunktion sind selten und meistens eine Folge der allmählich auftretenden Demenz.

Die psychischen Störungen treten gewöhnlich erst auf, nachdem schon längere Zeit hindurch körperliche Anzeichen bemerkt sind. Doch kommen auch Fälle vor, wie Curschmann, Etter u. a. sie beobachtet haben, in denen die psychischen Störungen den somatischen vorausgehen. Die Kranken werden teilnahmloser, stumpfer und interesseloser, sie klagen über Gedächtnisschwäche, werden menschenscheu und reizbar; schließlich verarmt das geistige Kapital vollständig, und die unglücklichen Patienten verblöden. Selbstmordversuche und Tötung anderer Personen sind nicht selten. So erhängte ein kranker Kräpelins seine drei kleinen Kinder und ging dann ruhig spazieren.

Es sind schon eine ganze Reihe Autopsien bei Huntingtonscher Chorea veröffentlicht, doch haben alle ein verschiedenes Resultat ergeben. So fand man fibröse Tumoren

und Blutcysten der Dura mater, Abplattung der grauen Substanz in beiden Centralwindungen und in der 1. und 2. Stirnwindung, Hydrocephalus internus, Verdickung der Pia (Makleod). Oder man fand eine Lepto- und Pachymeningitis, herdweise Anhäufung von perivaskulär gelagerten Neurogliazellen und Druckatrophie von Ganglienzellen (Greppin, Oppenheim). Kronthal, Wollenberg, Facklam u. a. fanden bindegewebige Entartung der Gefäße, Atrophie und Kernwucherung in der Rinde. Kathwinkel fand Rindenatrophie, Rundzelleninfiltration und dadurch bedingte Compression der Ganglienzellen. Stier teilt einen eingehend untersuchten Sektionsfall im Archiv für Psychiatrie, Bd. 37, mit. Er kommt der Hauptsache nach zu folgendem Resultat:

»Die Huntingtonsche Chorea beruht immer auf einer anormalen Anlage der motorischen Rindencentren, die oft schon makroskopisch als Asymmetrie dieser Rindenteile erkennbar wird. Sie beginnt in diesen Teilen des Gehirns mit einer teils diffusen, teils herdweisen Wucherung der Neuroglia. Gleichzeitig treten Erkrankungen der Gefäße und dadurch bedingte Auswanderung lymphoider Zellen in das perivaskuläre Gewebe, ja sogar Blutungen auf. Dabei kommt es zur Erkrankung und zum Untergang der kleinen und mittleren Ganglienzellen. Schließlich führt die Erkrankung zu Nervenfaserdegeneration im Gehirn und Rückenmark, sowie zu allgemeiner Atrophie des Gehirns, Erscheinungen, die klinisch zum Ausdruck kommen im Untergang aller höherer geistiger Funktionen und in der Demenz.«

Daddi und Besta fanden Ganglienzellenveränderungen in den oberen Rindenschichten des Stirnhirns, sowie Neurogliawucherung und sklerotische Veränderungen der Gefäße. Müller veröffentlichte im Jahre 1903 in der Zeitschrift für Nervenheilkunde drei Fälle chronischer progressiver Chorea. Wenn die einzelnen Ergebnisse dieser drei Fälle auch alle verschieden sind, so stimmen sie doch, wie auch die andern eben genannten Berichte darin überein, daß sich mit gleichzeitiger Verödung des Parenchyms pathologische Wucherungen des Stützgewebes in der Großhirnrinde finden.

Die neuesten Untersuchungen über Huntingtonsche

Chorea stammen von Kölpin und Räcke. Kölpin kommt zu folgendem Resultat:

»Die Huntingtonsche Chorea ist der Ausdruck einer diffusen Erkrankung des Zentralnervensystems, insbesondere des Großhirns. Sie entwickelt sich auf einer degenerativen Grundlage, d. h. sie hat zur Voraussetzung ein minderwertiges Gehirn. Diese Minderwertigkeit kann sich dokumentieren durch strukturelle Anomalien, die in Form einer Art von Entwicklungshemmung (Stehenbleiben einzelner Rindenterritorien auf einem infantilen resp. juvenilen Schichtungstypus, Vorkommen cellulärer Jugendformen) nachzuweisen sind. Der Krankheitsprozeß selbst ist charakterisiert durch das Zugrundegehen nervöser Bestandteile sowohl in der Hirnrinde wie in den subkortikalen Ganglien, das bisweilen zu recht beträchtlicher Atrophie des Gehirns führen kann. Die vorderen Partien pflegen stärker wie die hinteren, die oberen Rindenschichten mehr wie die unteren betroffen zu sein.« (Journal für Neurologie und Psychiatrie, 1908, Bd. 12.)

Räcke ist nicht dieser Ansicht. Auf Grund seiner Untersuchungen äußert er sich folgendermaßen:

»Der charakteristische pathologisch-anatomische Befund bei Huntingtonscher Chorea stellt sich dar als eine starke Ansammlung von zelligen Gliaelementen in der Großhirnrinde, besonders in der Schicht der mittleren und großen Pyramidenzellen. Entzündliche Erscheinungen im Sinne exsudativer Vorgänge fehlen. An den Pyramidenzellen finden sich neben einzelnen akuten vor allem ausgesprochene chronische Veränderungen von fleckweise verschieden starker Intensität. Am besten erhalten sich die Beetzschen Riesenpyramidenzellen, obgleich der krankhafte Prozeß die motorische Region zu bevorzugen scheint. Manches spricht dafür, daß es sich um eine schleichend verlaufende primäre Erkrankung bestimmter Ganglienzellkomplexe handelt, die vielleicht von Haus aus minderwertig angelegt waren, und daß die Gliavermehrung erst sekundär sich entwickelt.« (Archiv für Psychiatrie, Bd. 46).

Im Anschluß hieran möchte ich nun einen Fall beschreiben, der bis vor kurzem in der Kieler Psychiatri-

schen und Nervenklinik beobachtet wurde. Es handelt sich um den Patienten E. N., der vom 17. Februar 1908 bis zum 22. Juli 1909 in der hiesigen Klinik war, und sich jetzt als unheilbarer Kranker in Schleswig befindet.

Die Anamnese ergibt Folgendes:

Patient ist im ganzen 36 mal im Gefängnis gewesen, wegen Beleidigung, Widerstandes, Bettelns, Landstreichens, Obdachlosigkeit u. s. w. Wie aus den Berichten anderer Heilanstalten hervorgeht, und wie er früher selbst gelegentlich erzählte, wurde er am 24. X. 1857 in Althaldensleben, im Kreise Neuhaldensleben der Provinz Sachsen, geboren. Seine Erziehung war mangelhaft; sein Vater trank und kümmerte sich nicht um ihn, seine Mutter war meist kränklich. Dem Berufe nach ist er eigentlich Tischler, doch entlief er seinem Meister, bevor die Lehrzeit um war; bald fing er das Schnapstrinken an, verlotterte immer weiter, bettelte und wanderte mehrere Jahre hindurch, bis er schließlich mit der Polizei in Konflikt geriet, die ihn schließlich ins Arbeitshaus, ins Gefängnis und von da in die psychiatrische Klinik in Leipzig brachte.

Der erste mir zugängliche Bericht über den Patienten stammt aus der Heilanstalt Dösen. Dieser sagt kurz folgendes:

Patient kommt aus der Leipziger psychiatrischen Klinik. Ein Auszug aus den dortigen Akten ergibt, daß N. in den Jahren 1887—1902 zwanzig Geld-, Haft- und Gefängnisstrafen erlitt; zweimal war er außerdem im Arbeitshause, zuletzt in Zeitz, von wo er in die Leipziger psychiatrische Klinik überführt wurde.

Bei seiner Aufnahme war der Patient ruhig, zeitlich und örtlich orientiert, stierte vor sich hin. Er gab später auf Befragen an, täglich für »20 ₰« Schnaps getrunken zu haben seit etwa 10 Jahren. Er habe selbst gemerkt, daß sein Gedächtnis schlecht geworden sei, sein Kopf wolle ihm nicht mehr recht »parieren«.

23. VII. 02. Patient ist ruhig und völlig geordnet, örtlich und zeitlich orientiert, gibt auf Fragen bereitwillig Antwort. Er macht selbst folgende anamnestische Angaben:

Vater und Mutter sind an Altersschwäche gestorben. Er besitzt einen Bruder und eine Schwester, die beide gesund sind. Bis zum 9. Lebensjahre besuchte er die Schule in Althaldensleben. Sein Vater kümmerte sich wenig um ihn, seine Mutter war immer kränklich. Mit 9 Jahren kam er in die Erziehungsanstalt in Nennstädt, wo er 5 Jahre blieb. Dann kam er zu einem Tischler in Althaldensleben in die Lehre; ließ sich jedoch angeblich in seinem 3. Lehrjahre von einem Gesellen aufhetzen und entlief seinem Meister; arbeitete dann ein Jahr lang in einer Zuckerfabrik. In der folgenden Zeit wanderte er viel und kam auch nach Kiehren; hier verdingte er sich als Knecht, doch bald entlief er hier ebenfalls. So hatte er noch jahrelang vielerlei Stellungen, aber anscheinend immer nur für kurze Zeit. — Im Jahre 1887 zog er nach Leipzig. 1888 verheiratete er sich. Die Ehe war zunächst glücklich. In den 90 er Jahren fing Patient aber ein stärkeres Trinken an, hatte oft Streit mit seiner Frau und schlug sie sogar öfters. Von 1899 ab begann er, immer weniger Lust zur Arbeit verspürend, ein richtiges Wanderleben. Bettelnd und im Freien kampierend zog er durchs Land. — Im Alter von 16 Jahren verletzte er sich an der rechten Hand; als Folge hiervon blieb der Zeigefinger krumm. 1885 hatte Patient die Genickstarre. 1894 litt er an starken Nervenschmerzen in der Hüftgegend. 1899 wurden ihm in Kassel Krampfadern operiert. — In den 80 er Jahren hatte er einen Schanker mit Bubo. — Krämpfe will er nie gehabt haben.

Die Intelligenzprüfung ergibt, daß das Gedächtnis des Kranken etwas geschwächt ist und seine Kenntnisse sich als lückenhaft erweisen, dagegen rechnet er erstaunlich schnell und richtig. Auf Urteilsfragen kann er jedoch nur mangelhaft antworten.

Im körperlichen Befunde sind einige Unregelmäßigkeiten. Patient ist mittelgroß, mager. Der Schädelumfang beträgt 56 cm.

Der Gaumen ist stark gerötet.
Die Herztöne sind leise, jedoch rein.
Lungen und Abdomen o. B.
Pupillen mittelweit.

R./L. und R./C. beide +, jedoch etwas träge.

Zunge zittert nicht.

Die vorgestreckten Hände zittern in groben Stößen.

Bauchdecken- und Kremasterreflexe sind schwach.

Patellarreflex ist abgeschwächt.

An beiden Unterschenkeln sind starke Varizen.

Am ganzen Körper ist die Schmerzempfindung herabgesetzt.

Der Gang ist normal, Romberg nicht vorhanden.

Die Sprache ist rauh und heiser. Patient muß beim Sprechen fortwährend räuspern.

Urin ist frei von Eiweiß und Zucker.

25. VII. 02. Der Befund ist derselbe. Patient ist ruhig und geordnet; ist etwas finster und verdrossen, erbietet sich aber selbst zur Arbeit.

21. IX. 02. Patient hat in der letzten Zeit mitgearbeitet; war ruhig und verträglich. Verlangte oft entlassen zu werden.

Ist heute abend nach dem Essen aus der Anstalt entwichen.

Am 10. I. 03. wurde er der Anstalt wieder zugeführt durch einen Gefängnisbeamten aus Havelberg. Er war nach dessen Angaben mit 3 Wochen Haft wegen Bettelns bestraft worden.

Im körperlichen und geistigen Befunde waren in der Zwischenzeit keine wesentlichen Veränderungen eingetreten, abgesehen davon, daß er sehr verwahrlost aussah. Er gibt an, er sei damals entwichen, weil er tags zuvor keinen Ausgang bewilligt bekommen hatte. Jetzt sei er froh, daß er wieder ein Unterkommen habe.

Doch lange konnte er auch diesmal seinem Wandertrieb nicht widerstehen. Am 16. III. 03 entwich er nämlich wieder.

Bei seiner dritten Aufnahme am 1. IX. 03 sah Patient schrecklich verkommen aus. Er gibt an, er habe den Sommer mit Wandern und Betteln verbracht.

Bei der Intelligenzprüfung ergeben sich deutliche Defekte.

15. I. 04. Pat. hat in der letzten Zeit auf seiner Station die Mitpatienten aufgehetzt; er liest viel. Auf Fragen gibt er schwachsinnige Antworten.

Am 3. II. 04. entwich er zum vierten Male.

Ein anderer Bericht über den Patienten stammt aus dem Jahre 1908 aus der psychiatrischen Abteilung des Altonaer Krankenhauses. Hierin heißt es:

17. II. 08. N. geht schief, breitbeinig stampfend, mit zwecklosen, choreatiformen Bewegungen der Hände, immer mit der rechten Schulter voraus. Die Untersuchung ist wegen der choreatischen Sprachstörung schwierig.

Fragen faßt er schwer auf und gibt oft falsche Antworten:

Das AßC könne er nicht!

Was heißt Ebbe und Flut? »Wenn wir Hochwasser haben ist Ebbe.«

Was für Goldmünzen gibt es? »10-, 20- und 5-Markstücke.«

Woraus besteht ein Groschen? »Aus Silber.«

Wie hieß der Lehrer, bei dem Sie zuletzt Unterricht hatten? »Daß weiß ich nicht, das ist schon ein bißchen lange her.«

Da der Kranke für das Altonaer Krankenhaus zu widerspenstig war und längere Zeit die Nahrung verweigerte, wurde er ungeheilt nach Kiel entlassen und hier am 17. II. 08. vormittags von einem Transporteur aus Altona eingeliefert.

Der Status bei der Aufnahme war folgender:

Größe: 1,70 m.

Gewicht: 66,5 kg.

Temperatur: normal.

Patient zeigt eine dauernde, choreiforme Unruhe, Nickbewegungen mit dem Kopfe, Heben der Brauen, Zucken der Mundwinkel, Öffnen und Schließen des Mundes, nickartige Bulbusbewegungen; Unruhe des linken, auch des rechten Armes. Die Finger sind bald gebeugt, bald gestreckt.

Patient faßt mitunter ruckartig mit der linken Hand nach der rechten.

Auffallend sind ein plötzliches Heben und Senken der Fersen und plötzliche Ab- und Adduktionsbewegungen der Beine.

Patient ist von mittlerem Knochenbau; die Muskulatur ist nur mäßig entwickelt.

Die Haare sind stark gelichtet; das Gesicht ist normal gerötet, desgleichen die sichtbaren Schleimhäute. Sichtbare Narben sind nicht vorhanden. Der Schädel ist nicht druckempfindlich.

Die Pupillen sind mittelweit, gleich, rund.

R./L. +.

R./C. +.

A. B. frei, nur beim Blick nach oben etwas beschränkt.

VII. in der Ruhe keine Differenz, beim Sprechen wird nur die rechte Mundhälfte geöffnet.

XII. nach rechts; in fortwährender Bewegung.

Das Gebiß ist sehr defekt; der Gaumen ist gleichmäßig gehoben.

Rachenreflex +.

Sprache: polternd durch Zuckungen.

Feinschlägiger Tremor der Hände; daneben reichliche Beugung-, Zuck- und Streckbewegungen der Finger.

Die mechanische Muskelerregbarkeit ist gesteigert.

Vasomotorisches Nachröten ist lebhaft.

Reflexe der oberen Extremitäten +.

Abdominalreflex +.

Kremasterreflex schwach.

Knieschnenreflex +.

Achillessehnenreflex +.

Romberg —.

Gang: breitbeinig, stampfend, schwankend, plötzliches ruckartiges Ausweichen nach der Seite.

Pinselversuch: ungewiß.

Nadelversuch: kann angeblich Spitze und Kopf nicht unterscheiden, zuckt aber bei spitz zusammen.

Schmerzempfindung: o. B.

Puls: 96, regelmäßig.

Arterien: rigide und geschlängelt.

Herztöne: rein.

Lungen: o. B.

Leib: weich, nicht empfindlich.

Urin: o. B.

Auf Befragen erzählt der Patient, daß er den Beginn der Unruhe nicht mehr angeben könne; 8—10 Jahre könnten es her sein. Die Leute hätten ihn wegen seiner Zuckungen immer für betrunken gehalten. Vor Beginn der Krankheit habe er Genickstarre gehabt; sei damals im St. Jacobi-Krankenhaus in Leipzig gewesen; die Zeit könne er nicht mehr sagen. Früher habe er stark getrunken, nun jedoch seit Jahren nicht mehr, da er keinen Schnaps bekomme. Er schlafe schlecht ein, aber dann gut die ganze Nacht durch. Er könne sich schlecht erinnern. Soldat sei er nicht gewesen. In den letzten 8 Jahren habe er nicht mehr gearbeitet: er sei umhergezogen und habe gebettelt. Schließlich sei er im Altonaer Gefängnis und im Siechenhaus gewesen. Im Siechenhaus sei es so miserabel, daß er sich vorgenommen habe, »einen totzuschlagen.« Sonst tue er niemandem etwas.

Über Ort und Zeit ist Patient orientiert.

Auf Fragen gibt er nur zum Teil richtige Antworten:

Tag? »Mittwoch«. —

Monat? »Februar«. +

Jahr« »1908«. +

Ort? »Krankenhaus Kiel«. +

6×7? »42«. +

7×6? »63««. —

$47 - 9$? . . .

$42 : 3$? . . .

› Rechnen sei schlechter geworden. In der Schule habe es sogar Prämien erhalten!«

Monatsnamen? +.

„ rückwärts? —

Wochentage rückwärts? »Sonnabend, Freitag, Donnerstag, Mittwoch, Montag, Dienstag.« —

»Geboren sei er am 24. September 1857, nein am 24. Oktober 1857.« —

Provinzen? »Sachsen, Magdeburg, Erfurt.« —

21. II. 08. Unruhe; wechselnde, ruckartige, krampfende Bewegungen in den Fingern und in den Knieen. Lebhafte Beteiligung der Sprache. Psychisch ist er stumpf, teilnahmlos; Gedächtnis- und Urteilsschwäche tritt deutlich hervor.

24. II. Hilft bei der Hausarbeit; ist freundlich, ruhig und bescheiden. Geht gerne im Garten spazieren; unterhält sich mit andern Patienten.

29. II. Unruhe im ganzen Körper; besonders in den oberen Extremitäten besteht sie dauernd; wird stärker, wenn man sich mit dem Patienten beschäftigt oder mit ihm spricht.

16. III. Geht viel im Garten spazieren, beschäftigt sich fleißig mit Instandhalten (Fegen, Harken) der Gartenwege, Aufsammeln von Papier u. s. w. Beim Gehen und bei der Arbeit dauernd starke choreatische Zuckungen in Armen und Beinen, Drehung des Rumpfes, Nickbewegungen des Kopfes; bei Anrede Steigerung aller Bewegungen.

23. III. Im Sitzen und Liegen ruhiger.

10. V. Beschwert sich häufig über Kleinigkeiten; läßt sich nicht beruhigen. Sonstiger Zustand unverändert.

20. V. Wieder etwas besserer Stimmung.

6. VI. Beklagt sich, er bekäme zu wenig elektrische Bäder.

16. VI. Ist gestern vom Garten aus entwichen, wurde aber alsbald von der Polizei wieder eingeliefert.

17. VI. Verstimmt, hat morgens nichts gegessen.

18. VI. Seit zwei Tagen nichts gegessen; erhält ein Nährklystier.

Am 21. VI. diktierte Patient, wohl aus Verzweiflung über seinen mißglückten Fluchtversuch, einem Wärter einen Brief, in dem er seinen Wandertrieb so recht zum Ausdruck bringt. Der Brief lautet wörtlich:

»Konsular-Amt Hamburg.«

Unterzeichneter ist im Jahre 1875 in das Königreich Sachsen eingezogen. War dort Kleinknecht in Kiehren. 1877 war ich in Wurzen zur Stellung. Habe auf verschiedene Rittergüter gedient. 1888 lernte ich in Holzhausen meine spätere Frau kennen.

1888 zog ich und meine spätere Frau nach Volkmastorf bei Leipzig, wo wir uns vermählten. Im Jahre 1891 hatte ich Genickstarre, wurde im Krankenhause St. Jakobs in Leipzig behandelt. 6—7 Jahre nach der Genickstarre war ich ganz gesund. Wie ich dann krank wurde, verließ meine Frau mich und ließ sich mit andern Männer ein. Über 2 Jahre war ich in Dösen in der Nervenheilanstalt. Hier gefiel mir es sehr gut. Da ich mich nach dieser Anstalt zurücksehne, möchte ich zu dieser wieder zurück. Da es mir an dem nötigen Gelde fehlt, so bitte ich den Herrn Konsul mir Geld zu schicken. Ich habe den Herrn Geheimrat schon oft gesagt daß ich nach Dösen möchte, Herr Geheimrat sagt ich hätte doch kein Geld dazu um zu reisen. In dieser Anstalt bin ich 4 Monate und 1 Woche. Ich bitte nochmals mir Geld zur Reise zu senden. Ich bin natalisierter Sachse.

Achtungsvoll

Kiel, den 21. Juni 1908.

Dann folgt die eigenhändig geschriebene sehr kritzelige, doch gut lesbare Unterschrift des Patienten.

26. VI. Ißt wieder, möchte elektrische Bäder haben und aufstehen.

30. VII. Ruhig, guter Stimmung, ist tags auf und geht im Garten spazieren; hält sich gerne allein, wird leicht gereizt.

12. IX. Unverändert. Geht viel spazieren. Macht bei kleinen Schwierigkeiten, z. B. im Zurechtfinden der Kleider, sehr unbeholfenen Eindruck.

10. X. Klagt zuweilen über das Essen, sonst o. B.

10. XI. Möchte in die Sächsische Irrenanstalt überführt werden.

28. XII. Die Feiertage über guter Stimmung.

25. I. 09. Im allgemeinen ruhig; nörgelt gerne, bald hat es in der ganzen Woche keine Erbsen gegeben, bald ist zu wenig Butter gekommen, bald ist es das Schiebefenster im Tagesraum. Doch ist er immer wieder beruhigt, wenn er sich ausgesprochen hat. Bei gutem wie bei

schlechem Wetter muß er mit seinen merkwürdigen Bewegungen im Garten auf- und abgehen.

16. II. In letzter Zeit wird über den Patienten von den Mitpatienten viel geklagt. Er sehe beim Essen darauf, möglichst viel Brot und Kaffee zu bekommen, stehe den ganzen Tag vor dem Spiegel und versperre den andern den Platz, visitiere die Betten, nehme den andern die Zeitschriften weg u. s. w.

19. III. Von Zeit zu Zeit Klagen über das Essen, sonst unverändert.

6. IV. Euphorisch, in letzter Zeit verträglicher.

I. VI. Zeitweise gereizt, klagt über das Essen; sehr euphorisch.

20. VII. Verlangt seine Entlassung. Schimpft über das Essen, das sei ein »Fraß«. Dabei ißt er morgens beim Frühstück 5—8 Stück Brot u. s. w. Die Sprache ist abgehackt und undeutlich, lebhafte Zuckungen.

21. VII. Schlug heute morgen ein Waschbecken der Wasserleitung entzwei. Bestritt es anfangs.

22. VII. Nach Schleswig gebracht.

Nach einer dort 1909 vorgenommenen Untersuchung hält die Schwäche in den Gliedern noch an. Psychisch: stumpf, dement.

Epikrise:

Im Hinblick auf die Symptome des soeben besprochenen Krankheitsbildes »charakteristische choreatische Zuckungen, daneben immer mehr zum Ausdruck kommende psychische Störungen, der Beginn im mittleren Lebensalter, sodann chronisch-progressiver Verlauf« lautet die Diagnose zweifellos: »Chorea chronica progressiva.«

Doch widerlegt auch dieser Fall die von Huntington aufgestellte Forderung der Erblichkeit der Krankheit. Höchstens könnte man hier von erblicher Belastung sprechen, insofern der Vater des Patienten chronischer Alkoholist und die Mutter immer kränklich war. Doch mit Sicherheit verantwortlich für diese Choreaerkrankung kann man die in Frage kommende Belastung nicht machen. Angenommen, diese hereditäre Minderwertigkeit spiele wirklich eine Haupt-

rolle in dem Leiden des Patienten, dann müssen wir noch immer eine Antwort auf die Frage nach dem auslösenden Moment haben. Hierauf läßt sich jedoch keine unbedingt gültige Antwort geben; es bleibt nämlich die Wahl zwischen dem früheren chronischen Alkoholismus, der Genickstarre oder der Lues.

Die Zahl der Veröffentlichungen über nicht hereditäre Fälle von chronischer progressiver Chorea wird immer größer und so die Anschauung Hoffmanns, daß die Heredität überhaupt kein charakteristisches Merkmal für die Krankheit sei, sondern daß diese, ebensogut wie andere Nervenkrankheiten, auch ohne sie zum Ausbruch kommen könne, immer mehr bewiesen.

Vor dem Jahre 1900 sind mit Sicherheit nur 4 Fälle von Etter (1891) und 2 Fälle von Schmidt (1891) als nicht hereditär bewiesen. Die von 1900—1907 bekannt gewordenen Fälle hat Jäger 1908 in seiner Dissertation referiert. Es sind dies:

Im Jahre 1901: Amdohr (Fall II); 1902: Müller (Fall II); 1903: Schinke, Meltzler (Fall II); 1904: Frank; 1905: Liebers, Daddi (Fall II); Hoisbolt (Fall II); 1906: Makey.

Hinzu kommt noch 1908 Jägers Fall; 1909 der von Fiedler und 1910 der von mir beobachtete Fall.

* * *

Zum Schluß dieser Arbeit sei es mir gestattet, Herrn Geheimrat Siemerling für die freundliche Überlassung des vorliegenden Falles meinen verbindlichsten Dank auszusprechen.

Litteraturverzeichnis.

Binswanger und Siemerling: Lehrbuch der Psychiatrie.
Oppenheim: Lehrbuch der Psychiatrie.
Steyerthal: Archiv f. Psychiatrie, Bd. 44.
Facklam: Archiv f. Psychiatrie, Bd. 30.
Stier: Archiv f. Psychiatrie, Bd. 37.
Strümpell: Lehrbuch d. speziellen Pathologie u. Therapie, Bd. 2.
Jaeger: I.-D., Kiel 1908.
Struve: I.-D., Kiel 1908.
Kampsmeyer: I.-D., Kiel 1902.
Fiedler: I.-D., Kiel 1909.
Westphal: Münch. med. Wochenschrift, 1904.
Müller: Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde, 1903.
Weyrauch: Münch. med. Wochenschrift, 1905.
Kölpin: Journal f. Psychologie und Neurologie, 1908, Bd. XII.
Räcke: Archiv f. Psychiatrie, Bd. 46.

Lebenslauf.

Gerhard Mammen, evangelisch, wurde am 26. IV. 1884 in Nordwerdum, im Kreise Wittmund in Ostfriesland, als Sohn des Volksschullehrers Johann Mammen und seiner Frau Gesina, geb. Lehmann, geboren. Bis zum 14. Lebensjahre besuchte ich in Westerbur, gleichfalls im Kreise Wittmund gelegen, die Volksschule bei meinem Vater. Nachdem ich bereits gleichzeitig, während der beiden letzten Schuljahre, von meinem Vater und meinem älteren Bruder privatim Unterricht in dem für Sexta und Quarta vorgeschriebenem Pensum bekommen hatte, wurde ich 1898, Ostern, in die Quarta des Ulrichs-Gymnasiums zu Norden aufgenommen. Nach 7 jähriger Gymnasialzeit erhielt ich Ostern 1905 das Zeugnis der Reife. Bis zum Herbst 1906 studierte ich dann Medizin in Göttingen vom Herbt des Jahres bis Ostern 1910 in Kiel. Nach bestandener ärztlicher Vorprüfung genügte ich vom 1. Oktober 1907 bis zum 1. April 1908 der halbjährigen Militärpflicht beim 3. Bataillon des 85. Infanterieregiments in Kiel. Die ärztliche Staatsprüfung bestand ich am 7. Mai 1910.